



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**BÁRBARA DA ROSA**  
**CARYNE DE SOUZA DROPPA**  
**THAYS B. CONCEIÇÃO**

**PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA CONTRA A CRIANÇA  
PERPETRADA POR SEU CUIDADOR EM UMA POPULAÇÃO USUÁRIA DE UM  
CS EM FLORIANÓPOLIS-SC.**

**FLORIANÓPOLIS**  
**2010**

**BÁRBARA DA ROSA**  
**CARYNE DE S. DROPPA**  
**THAYS B. CONCEIÇÃO**

**PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA CONTRA A CRIANÇA  
PERPETRADA POR SEU CUIDADOR EM UMA POPULAÇÃO USUÁRIA DE UM  
CS EM FLORIANÓPOLIS-SC.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Enfermagem, da  
Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção  
do grau de Enfermeira.

Orientado: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elza Berger Salema Coelho

**Florianópolis**

**2010**


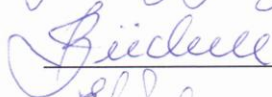


BÁRBARA DA ROSA  
CARYNE DE S. DROPPA  
THAYS B. CONCEIÇÃO

RELATÓRIO DE PESQUISA

PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS VIOLENTADAS POR SEUS  
CUIDADORES NO CS TRINDADE

Este Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ªUC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora

Florianópolis, 30 de novembro de 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3721-9000

DISCIPLINA: INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE  
CURSO

As alunas Thayys Berger Conceição,  
Carlyne de Souza Droppa, Barbara  
da Rosa, desenvolveram a disciplina  
na INT 5162 - estágio supervisionado  
II com competência, responsável-  
de obtendo muito bom desempe-  
nho.

Elisete Celso

## APRESENTAÇÃO

Trata-se de um relatório da pesquisa desenvolvida como trabalho de conclusão do curso, por alunas da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem. A referida pesquisa intitulou-se Prevalência de crianças violentadas por seus cuidadores no CS Trindade, tendo sido submetida a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Resolução 196/96. Foi desenvolvida no CS Trindade no período de agosto a novembro de 2010. A abordagem adotada foi quantitativa na perspectiva exploratória-descritiva. Os dados foram coletados através de questionário semi-estruturado, para obter os dados sócio-econômico e utilizou-se uma versão nacional do módulo básico: *Parent-Child Conflict Tactics Scales – CTSPC*, estes foram arquivados no programa *Epi-Data 3.5* e para a análise estatística posteriormente exportados para o programa *Stata 9*. Do relatório constam capítulo de introdução, objetivos, justificativa, revisão de literatura, metodologia, resultados que estão apresentados sob forma de artigo, considerações finais, referências bibliográficas e apêndice. O relatório foi avaliado em banca examinadora e aprovado.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

**BIBLIUFSC** - Base de dados da biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina

**CONEP** - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

**CCS** - Centro de Ciências da Saúde

**CTSPC** - Escalas Táticas de Conflitos (*Conflict Tactic Scales: Parent-Child Version*)

**DECS** - Descritores em Ciências da Saúde

**ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente

**HIV** - Vírus da imunodeficiência humana

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano

**LACRI**- Laboratório de Estudos da Criança

**LILACS** - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**MS** - Ministério da Saúde

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PSF** - Programa Saúde da Família

**Pubmed** – Publicações Médicas

**SCIELO** - Scientific Electronic Library Online

**SEDH** - Secretaria de Direitos Humanos

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFSC** - Universidade Federal de Santa Catarina

**UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância (*The United Nations Children's Fund*)

**VIVA**- Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	8
2. OBJETIVOS .....	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos .....	10
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1 Violência contra a criança. ....	11
3.1.1 Tipos de violência contra a criança. ....	11
3.2 O Cuidador Enquanto Agressor .....	14
4. METODOLOGIA .....	15
4.1 Tipo de pesquisa.....	15
4.2 Sujeitos da pesquisa.....	15
4.3 Coleta de dados .....	16
4.4 Instrumento .....	16
4.5 Tratamento dos Dados.....	17
4.6 Cuidados Éticos .....	17
5. RESULTADO E DISCUSSÃO .....	18
6. CONCLUSÕES DO RELATÓRIO DE PESQUISA.....	32
7. REFERÊNCIAS.....	34

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a violência é apontada, desde a década de 1970, como uma das principais causas de morbi-mortalidade, despertando, no setor saúde, que, progressivamente, deixa de ser considerado um problema exclusivo da área social e jurídica para ser também incluída no universo da saúde pública. MINAYO, 1994.

A temática das violências e dos acidentes entrou na agenda do setor saúde, como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), afirmou: “*em todo o mundo a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública*”.

Por provocar morte, lesões e traumas físicos com ainda, compromete a qualidade de vida das pessoas e das coletividades, isso enfatiza a importância de uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde.

De acordo com a definição de Guerra e Azevedo (1998 p. 32):

A violência doméstica representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima implica, de um lado, uma transgressão do poder/ dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

A violência intrafamiliar, também tem causado mortes, incapacitações e infinitas implicações sobre o incremento da violência (Flitcraft, 1993; Assis, 1991; Minayo & Assis, 1993; Mello Jorge, 1988). Visto essas implicações, Carvalho (2003) compara a similaridade de papéis entre o Estado e a família, pois ambos: regulam, normatizam, impõem e defendem direitos de propriedade, poder, deveres de proteção e de assistência. Ambos produzem uma redistribuição de bem-estar e recursos. Assim, fica evidente a centralidade da família nas políticas públicas.

Segundo PEREIRA et al (2001, p. 98) referem-se a um documento do Ministério da Saúde que considera a violência doméstica contra crianças e adolescentes como “uma violência interpessoal e intersubjetiva; um abuso do poder disciplinar e coercitivo dos pais e responsáveis; uma negação dos valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade e a segurança e violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente; redução da vítima à



condição de objeto de maus tratos; pode prolongar-se por meses e anos, pois como pertence à esfera do privado reveste-se do sigilo”.

A prática educativa caracterizada por bater nas crianças é baseada em religião, cultura, governo, leis e políticas sociais. Ademais, estudos indicam que esses processos educacionais estão presentes em todas as categorias sócio-econômicas. (Bender & Kazdin, 2003)

Apesar da violência contra a criança e o adolescente o ser um fenômeno que existe desde a antiguidade, sendo que no Brasil as raízes remontam ao passado colonial, somente a partir da década de 60, com os movimentos populares houve uma “re-descoberta” da violência doméstica, no entanto as denúncias sobre a situação de violência à criança se ampliaram a partir da década de 80, quando, a nível internacional, acentuou-se a preocupação com a infância que culmina com a convenção sobre os Direitos da Criança.

Com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal nº 8069 de 13/07/1990, ficaram assegurados direitos especiais e proteção integral à criança e ao adolescente. (Brasil, 1990)

O Conselho Nacional de Saúde, no dia 16 de maio de 2001, aprovou e publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e Adolescência. Esta complementou o ECA, definindo as estratégias e políticas para as três instâncias governamentais (federal, estadual e municipal) e a Portaria de nº 1968/2001 do Ministério da Saúde (MS), que estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança e o adolescente pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) Brasil. (Pires& Miyazaki, 2005)

No Brasil, estudo de base populacional mediu a ocorrência de violência contra as crianças, realizado com amostra representativa nacional de 1.939 crianças de zero a nove anos de idade. Nessa investigação 58% das notificações de violência infantil ocorre na própria residência; 59% das crianças são representantes do sexo feminino. Os diferentes tipos de violência estão variando de 44% sexual; 38% psicológica/moral; 33% negligência/abandono; 29% física; 1% financeira/patrimonial. Ainda nesse mesmo estudo verificou-se a ocorrência de 31% de violência de repetição. O presente estudo foi realizado com dados de notificados na Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no ano 2006-2007, do site oficial MS.

Segundo Schmitt e Kempe<sup>2</sup> (1975 apud Santoro Júnior, 1989), entre as crianças agredidas que retomam a convivência com os agressores sem algum tipo de intervenção 5% delas são mortas e 35% feridas novamente. De acordo com Kempe<sup>3</sup> (1973 apud Santoro Júnior, 1989), se houver o tratamento adequado de toda a família, cerca de 80% delas poderão ser reabilitadas e, assim, proporcionar a assistência adequada à criança. Assim sendo de extrema importância a atuação dos profissionais.

Diante do exposto, o objetivo da presente pesquisa é investigar a existência de violência contra a criança por parte dos cuidadores que frequentam o Centro de Saúde (CS) da Trindade- Florianópolis.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Estimar a prevalência de violência familiar contra a criança, praticada por seus cuidadores nas populações adscritas às Equipes de Saúde da Família (ESF) no CS da Trindade/Florianópolis.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil sócio-demográfico dos cuidadores que praticaram a violência contra a criança;
- Identificar o vínculo do cuidador com a criança que sofre violência;
- Identificar tipos de violência que as crianças estão sujeitas.
- Descrever o perfil da criança que sofre agressão.

## **3. REVISÃO DE LITERATURA**

No período de maio a julho de 2010 foi realizada uma busca de periódicos indexados nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Publicações Médicas (Pubmed) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) entre 1990 e 2009. Foram utilizados os descritores contidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou frequentes em publicações da área: violência doméstica, criança,

negligência, maus tratos infantis, questionário, enfermagem. Referências encontradas no site do MS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

Durante o mesmo período também se utilizou a base de dados da Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (BIBLIUFSC) para realizar uma consulta simplificada informando a descrição, a localização e a situação dos exemplares das obras recuperadas pertencentes ao acervo geral. Os termos de pesquisa utilizados foram saúde coletiva e violência contra a criança.

Os resultados preliminares dessa busca na literatura serão apresentados a seguir.

### **3.1 Violência contra a criança.**

#### **3.1.1 Tipos de violência contra a criança.**

De maneira geral a natureza dos atos violentos que ocorrem no contexto familiar e/ou íntimo pode ser classificada em quatro modalidades de expressão que também são denominadas abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e negligência ou privação de cuidados (KRUG *et al.*, 2002; BRASIL, 2005b). Para Pires e Miyazaki (2005) definir diferentes tipos de violência ou maus-tratos é apenas uma forma didática de compreender o problema, que muitas vezes ocorre de forma dinâmica e simultânea.

Com base em Guerra de Azevedo (2001), **a violência física** corresponde ao emprego de força física no processo disciplinador de uma criança, ou seja, é toda a ação que causa dor física, desde um simples tapa até o espancamento fatal. Geralmente os principais agressores são os próprios pais ou responsáveis que utilizam essa estratégia como forma de domínio sobre os filhos.

De acordo com Deslandes (1994) a violência física caracteriza-se por qualquer ação única ou repetida, não acidental (ou intencional), perpetrada por um agente agressor adulto ou mais velho, que provoque dano físico à criança ou adolescente, este dano causado pelo abusivo pode variar de lesão a consequências extremas como a morte.

Sendo assim pode-se concluir que, este tipo de violência pode deixar marcas visíveis ou não visíveis na pessoa violentada. Podendo levar a fraturas, hematomas, queimaduras, hemorragias internas, e, inclusive, à morte. Além disto, certamente a criança vítima deste tipo de violência sofrerá transtornos psíquicos e emocionais.

Em muitos países, a punição física como método disciplinatório é prevista por lei, sendo estabelecida não só como aceitável, mas como necessária à educação (ZOTTIS, ALGERI, PORTELLA, 2006).

No Brasil a prática da violência física é muito comum, sendo transmitida de geração a geração. Ainda que a sociedade brasileira admita o emprego força física, este é considerado abusivo quando em crianças menores de 12 meses. Na adolescência, a agressão física costuma relacionar-se à necessidade dos pais em conter as mudanças de comportamento comuns nessa fase (COSTA et al., 2007).

A **violência psicológica** é toda interferência negativa do adulto sobre as crianças formando sobre as mesmas um comportamento destrutivo. Existem pais que sob o pretexto da disciplina ou da boa educação, sentem prazer em submeter os filhos a vexames, sua tarefa mais urgente é interromper a alegria de uma criança através de gritos, queixas, comparações, palavrões, chantagem, entre outros, o que pode prejudicar a autoconfiança e auto-estima. (Guerra de Azevedo, 2001)

Esse tipo de violência se manifesta na depreciação da criança ou do adolescente pelo adulto, por humilhações, ameaças, impedimentos, ridicularizações, que minam a sua auto-estima, fazendo com que acredite ser inferior aos demais, sem valor, causando-lhe grande sofrimento mental e afetivo, gerando profundos sentimentos de culpa e mágoa, insegurança, além de uma representação negativa de si mesmo, que podem acompanhá-lo por toda a vida.

A violência psicológica pode se apresentar ainda como atitude de rejeição ou de abandono afetivo; de uma maneira ou de outra, provoca um grande e profundo sofrimento afetivo às suas vítimas, dominando-as pelo sentimento de menos valia, de não merecimento, dificultando o seu processo de construção de identificação-identidade.

Segundo Oliveira (2001) a violência psicológica cometida contra a criança e o adolescente se manifesta como um grande sofrimento mental provocado por um adulto. É uma das formas mais comuns de violência praticada contra criança que vem a ferir seus direitos. De acordo com ECA um de seus capítulos nos trás que, “A criança e o adolescente tem direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”.

Esse tipo de violência pode ser praticado a partir da agressão verbal, do isolamento do convívio com outras pessoas, do ato de ignorar e/ou rejeitar o indivíduo. E com isso, o adulto

pode levar a criança ou o adolescente a um comportamento anti-social. Oliveira (2001) acrescenta que a violência psicológica pode levar o indivíduo a ter uma auto-imagem negativa.

Compreende-se que a **negligência** constitui atos de omissão de cuidados básicos e de proteção à criança frente a agravos evitáveis. Ou seja, a negligência é vista como um tipo de violência em que o agressor é passivo, e a agressão acontece justamente pela falta de ação, sendo muitas vezes difícil de identificar, pois para tal é necessário provar a intencionalidade do agressor. Existem três diferentes tipos de negligência, a física, educacional e emocional (PIRES, JAMAL, BRITO, MENDONÇA. 2005).

A Negligência física inclui a maioria dos casos de maus tratos, a exemplificar a ausência de cuidados com a alimentação, higienização, médicos e climáticos para com a criança. Pires e Miyazaki citam também a supervisão inadequada, como deixar a criança sozinha, e a falta de medidas preventivas para evitar intoxicação exógena.

A negligência emocional compreende a deterioração do ambiente interpessoal do lar e induz aspectos negativos na criança em relação a senso de segurança física e emocional, aceitação, auto-estima, consideração e autonomia. São exemplos deste tipo de violência a exposição crônica a violência doméstica; a desatenção às necessidades de afeto, amor e proteção; a permissão, estímulo ou omissão frente ao uso do álcool ou drogas e o encorajamento para atos delinquentes. (BENJER, KAZDIN, 2003)

A Negligência educacional pode ser caracterizada como a omissão dos cuidadores no acompanhamento do desenvolvimento, frequência e comportamento escolar da criança.

Sendo que a **violência sexual** caracteriza-se como todo ato sexual, relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esses mesmos sujeitos infantis, ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa. Ressalte-se que em ocorrências desse tipo, a criança é sempre vítima. O processo de Violência Sexual é sempre configurado para o prazer (direto ou indireto) do adulto, sendo que o mecanismo que possibilita a participação da criança é a coerção exercida pelo adulto, coerção esta que tem raízes no padrão adultocêntrico de relações adulto-criança vigente em nossa sociedade... a Violência Sexual Doméstica é uma forma de erosão da infância. (LACRI- Brasil 1996 a 2007)

De acordo com Faleiros (2000, p17):

A violência sexual contra crianças e adolescentes sempre se manifestou em todas as classes sociais de forma articulada ao nível de desenvolvimento civilizatório da sociedade, relacionando-se com a concepção de sexualidade humana, compreensão sobre as relações de gênero, posição da criança e o papel das famílias no interior das estruturas sociais e familiares. Desta forma, devemos entendê-la “em seu contexto histórico, econômico, cultural e ético.

Nas vitimizações sexuais, além das lesões físicas e genitais sofridas, as pessoas tornam-se mais vulneráveis a outros tipos de violência, aos distúrbios sexuais, ao uso de drogas, a prostituição, à depressão e ao suicídio. As vítimas enfrentam ainda, a possibilidade de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o risco de uma gravidez indesejada decorrente do estupro. Diante dessa magnitude de eventos, a violência sexual adquiriu caráter endêmico, convertendo-se num complexo problema de saúde pública cujo enfrentamento torna-se um grande desafio para a sociedade.

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância apontam que no ano passado foram denunciados 15.345 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Segundo dados do Disque 100, da Secretaria de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República, em 2009 houve 9.638 registros de abuso sexual, 5.415 de exploração sexual, 229 de pornografia e 63 de tráfico de crianças. E só nos quatro primeiros meses de 2010 o serviço nacional de denúncia de violência contra crianças e adolescentes registrou 8.799 ocorrências de violência infantil, sendo que dessas 66% foram relacionadas a abuso sexual contra meninos e meninas; 33% se referiam à exploração sexual.

### **3.2 O Cuidador Enquanto Agressor**

Os cuidadores são aqueles que cuidam de pessoas que não estão aptas a se cuidarem, ou seja, ele é o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pela criança. Alguns autores classificam o cuidador em formal e informal.

O cuidado informal é uma ação exercida por familiares, vizinhos ou amigos. Os cuidadores informais são formados pelos familiares e amigos, que na maioria das vezes não possuem nenhuma capacitação, ajuda ou apoio adicional. Estes não recebem auxílio financeiro tarefa desempenhada.

O cuidado formal envolve ações prestadas por uma rede de serviços, geralmente prestado por diferentes profissionais, incluem o cuidado a domicílio, as instituições de abrigo, os centros de cuidado diurno- escolas, creches e etc.

No Brasil, estudo de base populacional, realizada pelo MS em 2006-2007, mediu além da ocorrência de violência contra as crianças, também o perfil do agressor realizado com amostra representativa nacional de 1939 crianças de zero a nove anos. Nessa investigação revelou que as mães são em maioria enquanto agressoras, atingindo um percentual de 24%; o pai agressor aparece em segundo lugar com 19%; caracterizando assim que os principais agressores infantis quando se tratando de violência doméstica são os pais. Os Amigos/conhecidos próximos à família aparecem em terceiro lugar no ranking com percentual 14%.

Para Assis & Avanci (2004) o fato de a mãe bater mais que o pai se deve, sem dúvida, ao fato dela estar mais presente com os filhos e dedicar mais tempo e energia a sua educação, para a qual o abuso físico continua sendo um método pedagógico.

Os estudos mostram que as principais vítimas são meninas e os agressores são os pais, evidenciando-se que a prática de bater, apanhar e ameaçar continua sendo uma forma habitual de resolução de conflitos nas famílias.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Tratou-se de um estudo transversal, na medida em que se pretendeu estimar a prevalência de situações de violência em determinada população, a partir de entrevistas realizadas com uma amostra de indivíduos não probabilística, intencional. O tamanho da amostra foi definido durante a coleta do dados, no período agosto a novembro de 2010.

### **4.2 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários atendidos no CS Trindade, sendo que estes deveriam ser os cuidadores/responsáveis pelas crianças na faixa etária de zero a 12 anos incompletas.

Foram utilizados como critérios de exclusão; cuidadores menores de 18 anos e usuários que não aceitem participar da pesquisa.

Os sujeitos foram abordados pelas pesquisadoras nas salas de espera da unidade enquanto aguardavam serem atendidos; nos consultórios, após as consultas de puerpério, de

pré-natal, de puericultura, de preventivo; e durante a realização de vacinas; garantiu-se um ambiente neutro, agradável e que assegurasse a privacidade e o anonimato do informante.

Quando abordados, o entrevistador informava qual a finalidade do estudo, bem como seu objetivo. Após sua aceitação este assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de prosseguir com a entrevista.

### **4.3 Coleta de dados**

No período de agosto a novembro de 2010 foram entrevistados os cuidadores de crianças de zero a 12 anos incompletos que frequentaram o CS Trindade.

O CS Trindade está inserido no PSF, este possui quatro áreas de abrangência 850, 851, 852 e 853, sendo esta última implantada recentemente e oficializada dia 10 de maio de 2010. As áreas citadas anteriormente contemplam a população da Trindade, Serrinha e Morro da Penitenciária e fazem divisa com os bairros da Agrônômica (limite: penitenciária), Saco dos Limões/Carvoeira (limite: Cap. Romualdo de Barros), Pantanal (limite: Rua Dep. Edu Vieira), Córrego Grande (limite: Restaurante Dona Benta) e Santa Mônica (limite: Av. Henrique Fontes).

Fornecer serviço de clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, Programa Capital Criança, vacinação, teste do pezinho, pediatria, consultas com enfermeiros, exame preventivo do câncer de colo uterino. Tendo como missão o “desenvolvimento de ações de promoções da saúde para melhoria da qualidade de vida de sua população, mediante o desenvolvimento de um modelo de atenção baseado na prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde com participação da comunidade; em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS com ações dirigidas aos indivíduos, à família e à comunidade”.

Segundo o censo demográfico do IBGE do ano 2000 com projeção para 2008, a população total da área de abrangência do CS Trindade é estimada em 19467, sendo que desta, 9222 são homens, 10245 são mulheres e 6019 são de crianças de 0 a 9 anos. (Prefeitura Municipal de Florianópolis – Secretária da Saúde)

### **4.4 Instrumento**

Utilizou-se um questionário socio-econômico (APENDICE B) com intuito de traçar o perfil do agressor que englobava itens sobre: escolaridade, renda, local onde vive, além de algumas questões sobre experiências vividas e hábitos diários. Ademais, foi aplicado outro



questionário, o qual é uma versão nacional do módulo básico: *Parent-Child Conflict Tactics Scales – CTSPC* (ANEXO 1) (REICHENHEIM; MORAES, 1998; STRAUS *et al.*, 1998; REICHENHEIM; MORAES, 2003) sendo esta uma escala criada nos Estados Unidos da América e adaptada e padronizada para o Brasil.

Visando captar diferentes dimensões da violência intrafamiliar existentes na relação entre pais/cuidadores e filhos, este instrumento é composto por 22 itens, sendo este dividido em três escalas: disciplina não-violenta, violência psicológica e violência física.

As questões de violência física se subdividiram em três categorias, cada qual englobando atos de diferentes gravidades: punição corporal; maus-tratos físicos “menores” e maus-tratos físicos graves.

De acordo com Moraes 2009, foram considerados casos positivos dos diferentes tipos de violência aqueles em que o (a) entrevistado (a) referiu a prática de pelo menos um ato das respectivas subescalas por um dos responsáveis pela criança nos doze meses que antecederam a entrevista.

Pode-se ser ressaltado que nesta pesquisa não foi utilizado os demais módulos suplementares da CTSPC, o qual abordavam questões referentes a táticas disciplinares, negligência e violência sexual, pois, conforme REICHENHEIM e MORAES (2003) existe uma insuficiência de informações sobre a acurácia das escalas complementares do instrumento original (negligência e abuso sexual).

#### **4.5 Tratamento dos Dados**

Utilizou-se o programa EpiData versão 3.4 para a construção do banco de dados e digitação dos questionários. A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico 9. Foram apresentados em forma de tabelas e graficos.

#### **4.6 Cuidados Éticos**

O presente estudo foi submetido à CEP- UFSC, pois nos termos da Resolução 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (“Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos”), todo projeto que seja relativo a seres humanos (direta ou indiretamente) deve ser submetido à apreciação de um CEP.

Após a aprovação deste projeto pelo CEP-UFSC, os TCLE foram distribuídos aos participantes em conjunto com a aplicação do questionário. Os participantes deveriam estar de acordo com o TCLE para que o questionário pudesse ser iniciado, permanecendo uma cópia do TCLE com o participante e outra cópia com o pesquisador responsável.

Os sujeitos ao aceitarem participar do estudo, permitiram que o pesquisador utilizasse os dados preenchidos no questionário para fins de pesquisa e publicação em periódicos da área da saúde, desde que fosse mantido o sigilo absoluto de identificação, uma vez que todas as informações neste estudo são consideradas confidenciais e usadas somente na pesquisa.

## **5. RESULTADO E DISCUSSÃO**

Foi acordado pelo colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem que o capítulo de resultados do RELATÓRIO DA PESQUISA desenvolvido como TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA UNIVESIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, seja a apresentação de um artigo, elaborado conforme as normas de uma revista de escolha do aluno e orientador. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas.

Chamamos atenção para o fato de que somente uma parte do “corpo de dados” obtidos é apresentada, discutida e analisada, dada a impossibilidade de construção de todos os artigos possíveis, no curto espaço de um semestre letivo. A seguir apresenta-se o artigo elaborado.

## **Prevalência de violência física e psicológica contra a criança perpetrada por seu cuidador em uma população usuária de um CS em Florianópolis-SC.**

Thays Berger Conceição<sup>1</sup>  
Caryne Droppa<sup>1</sup>  
Bárbara da Rosa<sup>1</sup>  
Sheila Rubia Lindner<sup>2</sup>  
Elza Berger Salema Coelho<sup>3</sup>

### **Resumo**

A violência doméstica contra a criança entrou na agenda do setor saúde como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Atualmente independente de cultura, classe social, raça ou sexo, crianças são vítimas cotidianas da violência. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de violência doméstica contra a criança, praticada por seus cuidadores que frequentam um Centro de Saúde em Florianópolis. Foi utilizado um estudo transversal, de abordagem quantitativa, com aplicação de um questionário sócio-econômico e outro semi-estruturado adaptado, o qual é uma versão nacional do módulo básico: *Parent-Child Conflict Tactis Scales – CTSPC*. A amostra do estudo compreendeu 70 cuidadores. Dentre os tipos de violência pesquisados 85,7% das crianças foram vítimas de violência psicológica; 75,7% vítimas de punição corporal; 48,6% sofreram maus-tratos físicos e 2,8% sofreram maus-tratos físicos graves. Constatou-se que frente a uma desobediência da criança as práticas de punição corporal foram utilizadas por 75,7% dos pais e/ou cuidadores e apenas 8,6% não utilizaram métodos violentos.

Palavras chaves: Maus-tratos infantis, Violência doméstica, Crianças

### **Prevalence of physical and psychological violence on children perpetrated by their parents or guardians in a population attending a health care center in Florianópolis-SC**

#### **Abstract**

Domestic violence on children is in the health department's agenda as a serious problem for public health in Brazil and the world. Nowadays it doesn't matter culture, social class, race or gender, children are everyday victims of violence. The goal of this paper was to estimate the prevalence of domestic violence on children, that is done by the parents or guardians that attend a health care center in Florianópolis. It was made a transversal study, with a quantitative approach, applying a social-economic questionnaire and another semi-structured adapted, which is a national version of the basic module: *Parent-Child Conflict Tactis Scales – CTSPC*. The sample of the study comprehend 70 parents or guardians. Among the kinds of violence researched 85,7% were victim of psychological violence; 75,7% victims of body punishment; 48,6% suffered physical abuse e 2,8% suffered of severe physical abuse. It's observed that when faced with disobedience the practice of body punishment were utilized by 75,7% of the parents or guardians e just 8,6% utilized non-violent methods.

Key Word: childhood mistreat, domestic violence, children

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a violência é apontada, desde a década de 1970, como uma das principais causas de morbi-mortalidade, deixando de ser um problema exclusivo da área social e jurídica, para ser também incluída no universo da saúde pública (Minayo, 1994). Esta temática entrou na agenda do setor saúde como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo por provocar morte, lesões e traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais; por diminuir a qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que em todo o mundo a violência vem sendo um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública. Atualmente independente de cultura, classe social, raça ou sexo, crianças são vítimas cotidianas da violência, inclusive da violência doméstica. Sendo esta definida por Guerra (1998, p 32) como sendo: "todo ato ou omissão, praticado por pais, parentes ou responsáveis contra a criança e/ou adolescente que, sendo capaz de causar danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima...".

Um dos instrumentos criados no Brasil em 1990, visando combater a violência contra criança e adolescente, e conseqüentemente o maltrato infantil, foi a Lei 8069 ou Estatuto da Criança e do Adolescente, que regulamenta os direitos da criança e do adolescente à liberdade, ao respeito e à dignidade; seu direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais. Sendo dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, ou constrangedor (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990). Desde sua implantação o conhecimento sobre essa forma de violência vem sendo ampliado e sua gravidade reconhecida, assim ficando assegurados os direitos especiais e proteção integral à criança e ao adolescente (BRASIL, 1990).

Uma análise da violência nos Estados Unidos, segundo o Serviço de Proteção à Criança, indica que, em 1986, 22,6/1000 crianças sofreram abuso ou negligência. Em 1994 este número passou para 16/1000 e em 2001 para 12,4/1000. Os principais tipos de maus-tratos no país citado são negligência (55,0%), abuso físico (19,0%), abuso sexual (10,0%), abuso psicológico (8,0%) e outros (8,0%) (PIRES E MIYAZAKI, 2005).

Já no Brasil um estudo de base populacional mediu a ocorrência de violência contra as crianças, este foi realizado com uma amostra representativa nacional de 1.939 crianças de zero a nove anos de idade. Nessa investigação 58% das notificações de violência infantil

ocorre na própria residência; 59% das crianças são representantes do sexo feminino. Os diferentes tipos de violência estão variando de 44% sexual; 38% psicológica/moral; 33% negligência/abandono; 29% física (BRASIL, 2006/2007).

De acordo com, Martins (2008), um estudo realizado em Londrina mostrou que tanto em 2002 como em 2006, os agressores mais freqüentes foram os próprios familiares (88.1% em 2002 e 91.0% em 2006), destacando-se a mãe (33.9% em 2002 e 27.8% em 2006), seguida pelo pai (32.4% em 2002 e 27.% em 2006). A mãe é geralmente apontada nas notificações como agressor mais freqüente, uma vez que é quem passa a maior parte do tempo com os filhos e lhe é atribuído o manejo das decisões cotidianas e a convivência doméstica (VIEIRA et al; 2004).

Crianças e adolescentes apresentam graves conseqüências físicas, como dor, sofrimento ou estresse associados ao abuso crônico, pois vivem em constante estado de alerta para maus-tratos (PERRY, 2002). Ao se tratar dos aspectos de morbidade por violência contra crianças, o âmbito familiar é o local privilegiado destes atos sociais, infligidos quase sempre pelos próprios pais ou responsáveis e exercidos de forma variadas (DESLANDES, 1994).

Segundo Brito, A.M *et al* (2005), quanto aos fatores desencadeantes da violência, segundo avaliação das famílias, 58,0% acreditam que os conflitos do casal contribuíram para desencadear a violência, 51,0% acreditam que foram as características próprias da criança ou adolescente, 49,0% atribuem ao histórico de vida dos pais, 40,0% associam a violência ao fato de ter dificuldades em colocar limites para seus filhos, 32,0% afirmam que o alcoolismo foi um dos fatores desencadeantes, 25,0% fatores socioculturais, 25,0% falta ou excesso de trabalho, 21,0% outros fatores e 9,0% outros tipos de drogas.

Considerando a magnitude da violência contra a criança e suas conseqüências o presente estudo tem como objetivo estimar a prevalência de violência doméstica contra a criança, praticada por seus cuidadores que freqüentam um Centro de Saúde em Florianópolis.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa, que objetivou estimar a prevalência de situações de violência contra criança por cuidadores que freqüentam o Centro de Saúde de Florianópolis, SC.

Os sujeitos da pesquisa são cuidadores/responsáveis por crianças na faixa etária de zero a 12 anos incompletas. A coleta de dados ocorreu de agosto a novembro/2010. O

instrumento utilizado foi questionário semi-estruturado para obter dados socio-econômico, elaborado pelas pesquisadoras, com intuito de traçar o perfil do agressor, com questões, sobre: escolaridade, renda, local onde vive, além de algumas questões sobre experiências vividas e hábitos diários. Visando captar diferentes dimensões da violência intrafamiliar existentes na relação entre pais/cuidadores e filhos, utilizou-se uma versão nacional do módulo básico: *Parent-Child Conflict Tactics Scales – CTSPC* (REICHENHEIM; MORAES, 1998; STRAUS *et al.*, 1998; REICHENHEIM; MORAES, 2003). Este instrumento foi adaptado, dividido em três escalas: disciplina não-violenta, violência psicológica e violência física. As questões de violência física se subdividem em três categorias, cada qual englobando atos de diferentes gravidades: punição corporal; maus-tratos físicos “menores” e maus-tratos físicos graves.

Os dados obtidos foram arquivados no programa Epi-Data 3.5 e para a análise estatística posteriormente exportados para o programa Stata 9.

A pesquisa foi aprovada sob o número 924/10 pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado no segundo semestre de 2010, atendendo os aspectos contidos na Resolução 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. (BRASIL, 1996)

### 3 RESULTADOS

A amostra do estudo foram 70 cuidadores, sendo 62 mães, 5 pais 1 tia, 1 tio e 1 madrastra de crianças de 0 a 12 anos incompletos. Somente uma responsável se recusou em responder a entrevista alegando sentir-se insegura na sua participação.

**Tabela 1: Perfil das crianças e dos cuidadores entrevistados, Centro de Saúde Trindade, Florianópolis, 2010.**

Variável	n	%
<b>CRIANÇA</b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino	31	44,3
Feminino	39	55,7
<b>Idade</b>		
< 1	6	

1 a 2	15	
3 a 4	8	
5 a 9	29	
10 a 12	12	
<b>Frequêntam escola/creche</b>		
Sim	52	74,3
Não	18	25,7
<b>CUIDADOR</b>		
<b>Sexo</b>		
Mulheres	65	92,9
Homens	5	7,1
<b>Idade</b>		
14 – 24	22	31,4
25 – 35	25	35,7
36 ou mais	13	18,6
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	11	15,7
Casado e/ou união estável	58	82,9
Separado/Divorciado	1	1,4
<b>Escolaridade</b>		
Sem instrução ou até 4 anos	7	10,0
5 a 8 anos	32	45,7
9 a 11 anos	28	40,0
12 ou mais	3	4,3
<b>Renda mensal familiar</b>		
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	6	8,6
Mais de 1 a 2 salários mínimos	13	18,6
Mais de 2 a 3 salários mínimos	20	28,6
Mais de 3 a 5 salários mínimos	20	28,6
Mais de 5 a 10 salários mínimos	10	14,3
Mais de 10 a 20 salários mínimos	1	1,4

Como observado na **Tabela 1** à amostra do estudo foi composta por crianças de ambos os sexo; menores de 12 anos, a média de idade das crianças estudadas foi 5,6 anos; com predomínio etário entre 5 a 9 anos, e que estão inseridas na escola ou creche.

Com relação às características dos cuidadores, observamos predomínio na faixa etária de 25-35 anos, com média de idade de 28,5 anos; em sua maioria 82,9% casados e/ou união estável e escolaridade entre 5 e 8 anos de estudo.

A maioria das famílias participantes do estudo era composta por 3-4 membros e foram classificadas, quanto ao nível econômico em 6 faixas, com prevalência igual nas famílias que recebiam mais de 2 a 3 salários mínimos e mais de 3 a 5 salários mínimos.

A respeito das questões que analisam a resposta do cuidador frente à desobediência da criança, evidenciamos que 91,4% das crianças sofreram algum tipo de violência enquanto 8,6% não tiveram nenhum episódio, sendo que das crianças que sofreram violência 48,1% são do sexo feminino e 42,9% do sexo masculino.

A prevalência da violência segundo seu tipo, nos últimos doze meses, evidenciou que 85,7% das crianças sofreram agressão psicológica; 75,7% receberam punições corporais, enquanto 48,6% tiveram maus-tratos físicos e 2,9% maus-tratos físicos graves.

**Tabela 2: Prevalência de crianças violentadas segundo atos violentos em cada um dos tipos de violência, Centro de Saúde da Trindade, Florianópolis/SC, 2010.**

Variável	N	%
<b>Violência Psicológica (n=60)</b>		
Falou alto, berrou ou gritou	58	96,7
Ameaçou dar um tapa, mas não deu	40	66,7
Disse que iria expulsar de casa	1	1,7
Xingou ou praguejou	6	10,0
Chamou a de estúpida, burra, preguiçosa ou de outra coisa parecida	1	1,7
<b>Punições Corporais (n=53)</b>		
Deu uma palmada no bumbum	47	88,7
Deu um tapa na mão, no braço ou na perna	27	50,9
Deu um beliscão	8	15,1
<b>Maus-tratos Físicos (n=34)</b>		
Bateu no bumbum com algum objeto duro	20	58,8
Bateu em outra parte do corpo, diferente do bumbum, com algum objeto duro	6	17,6
Sacudiu a criança	24	70,6
Deu um tapa/bofetada no rosto ou nas orelhas	1	2,9
<b>Maus-tratos Físicos Graves (n=2)</b>		
Bateu o máximo que conseguiu até se cansar	2	100,0

Na **Tabela 2** ao analisar a prevalência de crianças violentadas segundo os atos em cada um dos tipos, consideramos que uma mesma criança pode ter sofrido de mais de um ato. Sendo que das 60 crianças que sofreram violência psicológica 96,7% foram agredidas com berros e gritos e 66,7% sofreram ameaças.



Das punições corporais a palmada no bumbum foi a mais frequente sendo 88,7% das crianças vítimas desta maneira pelos responsáveis e esses alegando que utilizam a palmada como método de educação. Em seguida vieram o ato de dar tapa na mão, no braço ou na perna com 50,9% casos.

Em relação aos maus-tratos físicos a representatividade assemelha-se na porcentagem em duas categorias tanto em sacudir a criança quanto em bater no bumbum com algum objeto duro; 70,6% e 58,8%, respectivamente. E o ato de bater na criança o máximo que conseguir até se cansar foi apresentado por 2 casos de maus-tratos físicos graves.

#### **4 DISCUSSÃO**

O relato de abusos ou violência contra crianças tem sido uma constante na história da civilização humana. Em grande parte isso se explica na estruturação da sociedade patriarcal, na qual crianças e mulheres têm sido tradicionalmente consideradas cidadãs de segunda classe e em cujo cotidiano a violência doméstica inseriu-se através dos tempos como uma forma de disciplinar esposas e filhos. (MENEGHEL, 1995; LOPES & TAVARES, 2000). Neste contexto, a utilização da punição corporal como medida disciplinar vem sendo transmitida ao longo de muitas gerações como modelo a ser seguido pelos pais na educação de seus filhos (CARIOLA, 1995).

A aplicação do CTSPC produziu estimativas elevadas, 91,4% das taxas de prevalências de violência dos cuidadores para com as crianças nas categorias estudadas: violência psicológica, punição corporal, maus-tratos físicos menores e maus tratos graves. Estas violências contra as crianças se expressaram em gritos, xingamentos, ameaças, tapas nas mãos e bumbum como ainda, baterem até se cansar.

De acordo com Rocha (2008), os dados encontrados em pesquisa realizada com comunidades adscritas ao Programa Médico da Família de Niterói/RJ, 2008, utilizando a mesma escala o CTSPC, encontrou 97,0% das crianças que sofreram violência psicológica, 51,4% maus-tratos físicos. Visto que no presente estudo 85,7% sofreram agressão psicológica e 48,6% maus-tratos físicos. Chama à atenção a diferença entre os índices para os maus tratos graves, onde na pesquisa no RJ foi de 19,8% e no presente estudo de 2,8%.

Observou-se que frente a uma desobediência da criança as práticas de punição corporal foram utilizadas por 75,7% dos pais e/ou cuidadores e apenas 8,6% não utilizaram métodos violentos, tais como castigos ou retirada dos privilégios. Weber, Viezzer e

Brandenburg (2004) apud Skinner (1953/1976) explica que as punições corporais são mais utilizadas que os castigos por ser um método mais fácil de ser aplicado e com efeito imediato ao contrario dos castigos que exigem um planejamento e uma maior monitoria por parte dos cuidadores.

Segundo Azevedo & Guerra (1994) alguns pais tendem a defender o uso da punição física, e a reproduzem como práticas normais pelo fato dessa não ser considerada uma prática abusiva de violência. Um ambiente familiar onde a violência é considerada normal torna-se hostil e desequilibrado podendo afetar seriamente o aprendizado infantil (ROSAS & CIONEK, 2006).

Uma vez que as conseqüências do abuso físico e/ou psicológico familiar sobre as crianças se faz nas esferas física, social, comportamental, emocional e cognitiva, o que pode se fazer em curto prazo, mas também pode se fazer sentir em longo prazo, por ser de difícil caracterização (GARBARINO *et al.*, 1986; STRAUS, 1995; GELLES, 1998; REICHENHEIM *et al.*, 1999). E assim, prejudicando não somente o pleno crescimento do indivíduo, como também os outros membros da família, comunidade e sociedade em que vive, concorrendo para os riscos de delinqüência e de criminalidade violenta (STRAUS; GELLES, 1995; STRAUS *et al.*, 1998).

De acordo com Silverman, Reinherz e Giaconia, (1996) crianças submetidas à violência doméstica, quando comparadas às que não sofreram violência, são mais agressivas, têm baixa auto-estima, déficit de atenção, hiperatividade, dificuldade de relacionamento interpessoal, comportamento abusivo (serão também abusadores), baixo rendimento escolar, delinqüência, gravidez precoce, uso de drogas, capacidade cognitiva e de desenvolvimento da linguagem inferiores. Ainda segundo Perry (2002) as crianças correm o risco de apresentarem graves conseqüências físicas, como dor, sofrimento ou estresse associados ao abuso crônico, pois vivem em constante estado de alerta para maus-tratos.

Nesse contexto, o conjunto de leis e instrumentos legais que garantem a essa população seus direitos e interesses necessitam ser mobilizados pelos diferentes segmentos, grupos sociais e profissionais, com vistas a viabilizar a prática desses direitos, frente à sociedade e à família. Cabe destacar o Projeto de Lei 2.654/03 que propõe alterações na Lei 8069/90, do Estatuto da Criança e do Adolescente, assim especificada: “A criança e o adolescente têm direito a não serem submetidos a qualquer forma de punição corporal, mediante a adoção de castigos moderados ou imoderados, sob a alegação de quaisquer

propósitos, no lar, na escola em instituição de atendimento público ou privado ou em locais públicos” e “confere especial proteção à situação de vulnerabilidade à violência que a criança e o adolescente possam sofrer em consequência, entre outras, de sua raça, etnia, gênero ou situação socioeconômica”. Ademais, a criança e o adolescente estão legalmente protegidos pelos artigos 17º e 18º do Capítulo II, Título II e artigo 53º do Capítulo IV, Título II do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Dentre os cuidadores estudados a mãe foi à maioria com 88,6%, conseqüentemente sendo a principal perpetradora de maus-tratos físicos e psicológicos contra a criança no ambiente doméstico. Brito et al (2005) explica o fato da mãe ser a principal agressora por ser a principal responsável pela supervisão da criança nas atividades diárias e na organização familiar; é ela quem está mais próxima fisicamente da criança, seja responsabilizando-se pelo cuidado afetivo e educacional dos filhos, seja garantindo sua sobrevivência, uma vez que, na maioria das vezes, quando o casal se separa é com a mãe que a criança permanece.

De acordo com um estudo realizado por Weber et al (2002), em trabalhos que investigam denúncias de maus-tratos, a mãe também aparece como principal agressora, dois fatores que também podem contribuir para essa alta porcentagem são: o grande número de mães que não trabalham (30,2%) e assim têm maior oportunidade de estarem próximas aos filhos e a existência de famílias monoparentais maternas (14,0%).

Conforme o exposto acima verifica a importância e a necessidade de investir em pesquisas sobre violência doméstica e, desenvolver políticas públicas com o objetivo de “desnaturalizar” as formas mais corriqueiras e mais cruéis de maus-tratos contra a criança. Rocha (2008) destaca que todo o empenho deve ser feito na criação de espaços de discussão com as famílias e cuidadores aconselhando práticas alternativas de educação infantil.

Algumas limitações podem ser apontadas neste estudo como: o reduzido número dos participantes e o limitado perfil sócio-econômico dos cuidadores, o que diminui a capacidade de especificar e ampliar os achados deste estudo. Apesar do número amostral ter sido pequeno, os resultados são encorajadores para investigações adicionais.

## **5 CONCLUSÃO**

A violência é um problema complexo, com múltiplas causas e com conseqüências extremamente devastadoras para as crianças que sofrem de tais agressões. Os tipos de

agressões não são excludentes e, portanto, uma mesma vítima pode sofrer mais de um tipo de violência simultaneamente. As crianças que fizeram parte da pesquisa sofreram violência psicológica e física, com maior prevalência da violência psicológica em relação física.

Mesmo com a proposta de novos projetos de lei que visam à proteção e os direitos da criança pode-se observar que os pais/cuidadores ainda utilizam de violência/punição corporal para disciplinar crianças diante da desobediência das mesmas. Há a necessidade, portanto, de buscar estratégias para enfrentar essa situação, uma vez que as repercussões da violência são evidentes na literatura e neste estudo, pois, reproduzem uma situação real vivida no cotidiano das crianças e de seus cuidadores.

Por fim considerando que esta pesquisa se desenvolveu em um serviço de saúde e a proporção de situações de violência encontrado, podemos inferir ser este um local privilegiado para detecção e atenção a este grave problema presente na sociedade. É preciso que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para o problema.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M.A & GUERRA, V.N.A. **Ousar assumir. Guia prático para se posicionar frente ao fenômeno.** p. 18. In Módulo 2 A/B do telecurso de especialização em violência doméstica contra crianças e adolescentes. CRI/IPUSP/USP, São Paulo. 1994.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 14 jul. 1990.

BRITO, A.M.M; ZANETTA, D.M.T; MENDONÇA, R.C.V; BARISON, S.Z.P; ANDRADE, V.A.G. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção.** Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10(1):143-9

BRITO, A.M.M, et al . **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100021&lng=en&nrm=iso)>. Acesado em 25/11/2010.

CARIOLA, T. C. **A posição da criança vítima de maus-tratos na constelação familiar.** Pediatría Moderna, v. 31, p. 158-162, 1995.

DESLANDES, S.F. **Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço.** Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a13.pdf>> Acessado em 20/10/2010

GARBARINO, J.; GUTTMAN, F.; SEELEY, J. **The psychologically battered child: strategies for identification, assessment and intervention.** San Francisco: Jossey-Bass, 1986

GELLES, R. J. **Intimate violence in families.** Londres: Sage publications, 1998.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de Pais contra Filhos: a tragédia revisitada.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998, 262p.

LOPES, MVG & TAVARES JR., PA. **Maus tratos: responsabilidade também do pediatra.** Pediatría Atual, 13(10): 10-6, 2000.

MARTINS, C. B. G. **Violência contra menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná: Análise epidemiológica de suas notificações.** [dissertação] Tese de Doutorado em Saúde Pública Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008.

MINAYO, M.C.S. **A violência social sob perspectiva da saúde pública.** Cadernos de Saúde Pública 10(1):7-18. 1994.

MENEGHEL, SN. **Violência na infância e adolescência.** J pediatr, 71(6), 1995

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais notificadas no VIVA Brasil, 2006-2007.** Brasília; 2008. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vivapres8.pdf>>. Acesso 29/06/2010

PIRES, A.L.D; MIYAZAKI, M.C.O.S. **Maus-tratos contra criança e adolescente: revisão da literatura para profissionais da saúde.** Arq Ciênc Saúde 2005. Disponível em <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf>>

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. **Consequences of family violence to the health of children and adolescents: contributions to action proposals.** Ciências & Saúde coletiva, v. 4, p. 109-121, 1999.

ROCHA, P. C. X. **A violência contra a criança no ambiente intrafamiliar em comunidades adscritas ao Programa Médico da Família da Niterói/RJ.** [dissertação] Tese de Mestrado da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008.

ROSAS, F.K; CIONEK, M.I.G.D. **Impacto da violência doméstica contra criança e adolescente na vida e na aprendizagem.** Disponível em <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/viewFile/32857/32049>> Acessado em 14/10/2010

SILVERMAN, A.B; REINHERZ, H.Z; GIACONIA, R.M. **The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal study.** Child Abuse Negl 1996 Aug.;20(8):709-23.

SKINNER, B. F. (1976). **Ciência e comportamento humano.** São Paulo: EDART. (Texto original publicado em 1953).

PERRY, B.D. **Childhood experience and the expression of genetic potential: what childhood neglect tells us about nature and nurture.** Brain Mind 2002;3:79-100.

**Projeto de lei no 2.654, de 2003.** Comissão de Educação e Cultura. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/247952.pdf>> Acessado em: 25/11/2010

STRAUS, M. A.; HAMBY, S. L.; FINKELHOR, D.; MOORE, D. W.; RUNYAN, D. **Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of american parents.** Child Abuse & Neglect, v. 22, p. 249-270, 1998.

STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. **Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8145 families.** New Brunswick: Transaction Publisher, 1995.

VIEIRA, D; MARTINS, C.M; FeRRIANI, M.G.C; NASCIMENTO, L.C. **Caracterização da Violência Física contra a Criança e Adolescente.** R Enferm UERJ 2004. Disponível em <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/viewFile/32856/32048>> Acessado em 20/10/2010

WEBER, L.N.D; VIEZZER, A.P; BRANDENBURG, O.J; ZOCHE, C.R.E. **Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência.** Psico-USF, 7(1), 157-167. 2002.

WEBER, L. N. D; VIEZZER, A. P; BRANDENBURG, O.J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 9, n. 2, ago. 2004 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2004000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 24 nov. 2010. doi: 10.1590/S1413-294X2004000200004.

## **6. CONCLUSÕES DO RELATÓRIO DE PESQUISA**

Este estudo proporcionou-nos o conhecimento acerca dos diversos tipos existentes de violência e sobre a violência doméstica contra criança, oferecendo um maior conhecimento a respeito do assunto. Podemos observar que este tema é complexo e muito difícil de ser tratado, devido a magnitude do problema a ser resolvido entre ações da Saúde Pública e os familiares, e também pelo fato de se tratar de crianças menores de 12 anos de idade. Durante as entrevistas percebemos a dificuldade de alguns cuidadores em responder determinadas questões, uma vez que as perguntas foram formuladas para detectar casos de violências nos seus graus de violências, tanto em castigos verbais quanto em uso de arma branca, e isso deixava os participantes muitas vezes constrangidos.

Consideramos como facilidades encontradas para o desenvolvimento deste estudo, o fato de realizarmos a pesquisa no Centro de Saúde da Trindade, privilegiado pelo seu espaço físico e localidade no município de Florianópolis; além disso, o fato de termos realizado o estágio supervisionado I no mesmo CS nos facilitou a compreensão da organização, gerenciamento das atividades da Unidade, além do entrosamento ampliado com os funcionários do CS. E isso, favoreceu a nossa inserção e aprendizado no campo do estágio supervisionado II. Outro fator importante para o sucesso de nossa pesquisa foi a demanda constante de clientes no CS da Trindade, favorecendo a aplicação do questionário e, além disso, a boa aceitação na participação da pesquisa.

Outro fator que facilitou nossa pesquisa foi ter o apoio do Grupo de Pesquisa Saúde e Violência, que desenvolve um projeto de extensão nesse tema, no qual analisa e oferece suporte acerca das exigências que o tema deve ser retratado pelos pesquisadores no campo e, também, oferece ajuda integral quanto à maneira de realizar o processo de pesquisa e escrita do artigo.

Uma das dificuldades que tivemos ao longo do desenvolvimento do trabalho foi em relação ao nosso questionário sócio-econômico, o qual não teve questões aprofundadas o que nos impossibilitou de fazer uma análise dos dados. Também, em relação ao fato de que a grande maioria dos participantes respondentes foram mulheres, pois os cuidadores eram abordados em grande parte, nas consultas de enfermagem, e na recepção, por tal motivo ofereceu empecilho para que tivéssemos abordados mais participantes do gênero masculino.



Outra dificuldade que apareceu nas coletas de dados foi em relação à pergunta 05 do nosso questionário (anexo A), devido ao fato de que diversos familiares acompanhantes não compreendiam o significado, assim tivemos que repetir a questão, sem explicar as palavras da pergunta. A dúvida era respondida com outra pergunta “o que isso significa para a Sra./V”. Se a mãe não conseguia responder a pergunta devido à sua falta de entendimento, a questão era codificada com NS, com a explicação do problema abaixo da questão.

Diante das facilidades e dificuldades acreditamos que foi possível evidenciar o grau de violência que os cuidadores perpetraram contra seus filhos, na faixa etária de zero a 12 anos incompletos, e de como a agressão psicológica e a punição corporal são as mais utilizadas com a finalidade de educar ou punir as crianças. Apesar da amostra deste estudo tenha sido pequena, conseguimos verificar as prevalências de violência doméstica infantil.

Dessa forma, consideramos que a realização deste trabalho foi tarefa árdua, contudo, gratificante e de extrema validade para a nossa formação profissional, pois além de adentrarmos no mundo dos cuidadores de crianças/adolescentes que sofrem violência, a partir da percepção dos mesmos, nos inserimos na prática do estágio supervisionado II, ou seja, atuamos de acordo com a Lei do exercício profissional do Enfermeiro.

## 7. REFERÊNCIAS

ASSIS, S. G., 1991. **Quando Crescer é um Desafio Social: Estudo Sócio-Epidemiológico sobre Violência em Escolares em Duque de Caxias**. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

ASSIS, S. G. **Crianças e adolescentes violentados: presente e perspectivas para o futuro**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. 126-134, Supl. 1.

ASSIS, S. G; AVANCI, J. Q. **Labirinto de espelhos: a formação da auto-estima na adolescência**. Mimeografado. 2004.

BARBOSA, P. Z; PEGORARO, R. F. **Violência Doméstica e Psicologia Hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.3, p.77-89, 2008

BENJER, C; KAZDIN, A.E. **Spanking children: the controversies, finding, and new directions**. *Clinical Psychol Review* 2003; 23(2):197-224

BRASIL, Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei no. 8069 de 13 de julho de 1990 . Brasília (DF). 1990.

CARVALHO, J. A. **Amputações de Membros Inferiores em busca de Plena Reabilitação**. 1. ed., São Paulo: Manole, 1999.

\_\_\_\_\_. **Amputações de membros inferiores**. 2. ed., São Paulo: Manole, 2003.

COSTA, M.C.O;et. **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, out. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000500010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500010&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 28 jun. 2010.

CUNHA, J. M; ASSIS, S. G; PACHECO, S. T. A. **A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar.** Rev. bras. enferm. v.58 n.4 Brasília jul./ago. 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt) Acessado em 24 de junho de 2010.

FERREIRA; K.M.M. **Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes – nossa realidade.** Disponível em [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_1492\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1492_M.pdf). Acessado em 15 de julho de 2010.

DESLANDES, S. F. **Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 177-187, 1994.

FALEIROS, Eva T. Silveira. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.** Brasília: Thesaurus, 2000

FERREIRA, A. L.; SANTOS, S. R. (Coord.). **Deteção e prevenção de maus-tratos na infância no marco da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI.** Versão original preparada pela Área de Saúde da Família e da Comunidade/Unidade de Saúde da Criança e do Adolescente da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/ OMS). Brasil, Setembro de 2006. Disponível em: <http://www.ippmg.org.br/pdf/AIDPI.pdf>. Acesso em: 21 junho de 2010.

FLITCRAFT, A., 1993. **Physicians and domestic violence: Challanges for prevention.** *Health Affairs*, 12: 154-161.

GREVEN, P. **Spare the child.** New York: Vintage Books, 1992.

GUERRA, V.N.A. e AZEVEDO, M.A **Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do Conhecimento** - 2ª ed - São Paulo, Cortez, 1997

\_\_\_\_\_. **Violência de Pais contra Filhos: a tragédia revisitada**, 3ª ed. São Paulo, Cortez, 1998

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B. **World report on violence and health.** Geneva, 2002. Disponível em <[http://www.pmf.sc.gov.br/tabnet/tabnet?pop\\_fpolis/Defs/popmicros\\_2006.def](http://www.pmf.sc.gov.br/tabnet/tabnet?pop_fpolis/Defs/popmicros_2006.def)>. Acessado em 23 de junho de 2010.

MELLO JORGE, M. H. P., 1979. **Mortalidade por Causas Violentas ao Município de São Paulo.** Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_, 1988. **Investigação sobre Mortalidade por Acidentes e Violências na Infância.** Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Social violence from a public health perspective.** Cad. Saúde Pública, v.10 supl.1, p.07-18, 1994b. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acessado: 20/06/2010

MINAYO, M. C. S. & ASSIS, S. G., 1993. **Violência e saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica.** *Saúde em Debate*, 39: 58-63

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência contra a criança e o adolescente: Proposta Preliminar de Prevenção e Assistência à Violência Doméstica.** Brasília: MS, SASA, 1997. 24 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade.** Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Diário Oficial da União; 2001 maio 18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde; 1999/ Organização Pan-Americana da Saúde. *Resolução XIX: violência e saúde.* Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 1993.)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais notificadas no VIVA Brasil, 2006-2007.** Brasília; 2008.

Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vivapres8.pdf>>. Acesso 29 de junho de 2010

MORAES, C.L. **Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói, RJ.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, W. F. **Street kids in Brazil: an exploratory study of medical status, health knowledge and the self.** Minnesota (EUA): University of Minnesota, 1989

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** 10ª rev. São Paulo, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1993.

PEREIRA, S.M.; SANTANA, J.S.S.; FERRIANI, M.G.C.. **Violência rima com adolescência?** In: ABEn. Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher.* Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem, Ministério da Saúde, 2001. p. 98

PIRES, A.L.D; JAMAL, E; BRITO, A.M.M; MENDONÇA, R.C.V. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto.** Boletim Epidemiológico Paulista. São Paulo, v. n. 24, Dezembro 2005. Disponível

em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/saude\\_pop\\_negra/bol\\_bepa2405.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pop_negra/bol_bepa2405.pdf)>. Acessado em: 20 junho 2010

PIRES, A.L.D e MIYAZAKI, M.C.O.S. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde.** Arq Ciênc Saúde 2005 jan-mar;12(1):42-9. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf)>. Acessado em: 29 de junho de 2010.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: < <http://portal.pmf.sc.gov.br/>>  
Acessado em: 10/07/2010.

PRESSEL, D. M. **Evaluation of physical abuse in children.** *American Family Physician*, Kansas City, v. 61, n. 10, p. 3057-3064, May 2000. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/20000515/3057.html>>. Acesso em: 21 junho de 2010.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. **Adaptação transcultural do instrumento *Parent Child Conflict Tactics Scales* (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança.** Cad. Saúde Pública vol.19 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n6/a14v19n6.pdf>>. Acesso em 27 jun. 2010.

RICAS, J; DONOSO, M.T.V; GRESTA, M.L.M. **A violência na infância como uma questão cultural.** Texto e Contexto Enfermagem 2006; 15(1):151-4

RODRIGUES, E.A. P. **A dimensão Social da Violência Infanto-Juvenil.** Disponível em <[http://www.ssrevista.uel.br/c\\_v2n1\\_violencia.htm](http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_violencia.htm)>'. Acesso 29 de junho de 2010.

ROMANS, M.; PETRUS, A.; TRILLA, J. **Profissão: Educador Social.** Porto Alegre: Artmed. 2003

SANTORO JR, M. **Vitimização física: a conduta médica.** In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder.** São Paulo: Iglu, 1989. p. 115-122.

SANTORO, M.J. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual.** *Pediatria Moderna* 2002; 6: 279-83.

SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Recife: EDUPE, 2002. 240 p.: il.

STRAUS, M. A. HAMBY, S.A; FINKELHOR, D.; MOORE, D.W.; RUNYAN, D. **Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales:**

**development and psychometric data for a national sample of American Parents.** Child, Abuse & Neglect. n. 4, v. 22, p. 240-270, 1998.

THIESSEN, E; CENTA, M.L; STEFANELLI, M.C. **Percebendo os fatores socioculturais envolvidos na violência familiar.** Fam, Saúde e Desenv 2001; jan/jun; 3(1): 70-9.

THOMAZINE, A. M; OLIVEIRA, B. R. G; VIERA, C. S. **Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(4):830-40. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a08.htm>> Acessado em 26 de junho de 2010.

Unicef. **A league table of child maltreatment deaths in rich nations.** Innocent report card 2003; Sept. p.2.

Unicef. **Situação da infância brasileira** 2006. Brasília (DF); 2005.

ZOTTIS, G. A. H. ; ALGERI, S. ; PORTELLA, V. C. C. . **Violência Intrafamiliar Contra a Criança e as Atribuições do Profissional de Enfermagem.** Família, Saúde e Desenvolvimento (UFPR) <sup>JCR</sup>, v. 8, p. 146-153, 2006.

## **ANEXO 1: CTSPC – Mãe ou cuidador**

1. Número do Questionário: \_\_\_\_\_ (*Item restrito ao uso das pesquisadoras*)

4. O Sr (a). acha o (nome da criança) muito levado? (0-não, 1-sim) ( )

*Crianças muitas vezes fazem coisas erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. Eu gostaria de saber o que a Senhora/V. e seu marido ou companheiro costumam fazer quando o (o nome da criança) faz alguma coisa errada, ou faz vocês ficarem irritados ou zangados. Eu vou ler algumas coisas possíveis de acontecer nestas horas. E “gostaria de saber se, desde (mês da entrevista) do ano passado até o momento essas coisas aconteceram...”*

### **CATEGORIA DE RESPOSTAS:**

**0► Não aconteceu**

**1► Aconteceu uma vez**

**2► Aconteceu mais de uma vez**

*Nos últimos doze meses, quando (nome da criança) fez alguma coisa errada...*

5. O Sr (a). explicou a (nome da criança) porque o que ele (a) estava fazendo estava errado? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

6. O Sr (a). o colocou (a) de castigo do tipo: mandou ele ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

7. O Sr (a). sacudiu a (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

8. O Sr (a). bateu no bumbum dele (a) com alguma coisa como cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

9. O Sr (a). deu a ele (a) outra coisa para fazer ao invés daquilo que ele/a estava fazendo de errado? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )



10. O Sr (a). falou alto, berrou ou gritou com (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

***Nos últimos doze meses, quando (nome da criança) fazia alguma coisa errada...***

11. O Sr (a). bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele (a)? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

12. O Sr (a). deu uma palmada no bumbum de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

13. O Sr (a). o agarrou pelo pescoço e o sacudiu? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

14. O Sr (a). xingou ou praguejou, quer dizer, “rogou praga”, contra ele (a)? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

15. O Sr (a). bateu muito em (nome da criança), ou seja, bateu nele/a sem parar, o máximo que o(a) Sr(a). conseguiu? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

16. O Sr (a). disse alguma vez que iria expulsar ele/a de casa ou enxotá-lo para fora de casa? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

17. O Sr (a). queimou ou derramou líquido quente em (nome da criança) de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

18. O Sr (a). ameaçou dar um tapa nele/a mas não deu? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

***No último ano quando (nome da criança) fazia algum mal-feito...***

19. O Sr (a). bateu em alguma parte do corpo dele diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou objeto duro? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

20. O Sr (a). deu um tapa na mão, no braço ou na perna de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

21. O Sr (a). tirou as regalias dele/a ou deixou ele/a sem sair de casa? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

22. O Sr (a). deu um beliscão em (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

23. O Sr (a). o ameaçou/a com uma faca ou arma? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

24. O Sr (a). jogou (nome da criança) no chão? Isso aconteceu mais de uma vez?( )

25. O Sr (a). chamou ele/a de estúpido/a, burro/a, preguiçoso/a ou de outra coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

26. O Sr(a) deu um tapa/bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de (nome da criança)? Isso aconteceu mais de uma vez? ( )

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Sujeito da Pesquisa

Eu \_\_\_\_\_ Nº Identidade \_\_\_\_\_ estou de acordo com minha participação no Projeto intitulado **Prevalência de crianças violentadas por seus cuidadores no CS Trindade**, desenvolvidas pelas acadêmicas Bárbara da Rosa, Caryne de Souza Droppa e Thays Berger Conceição, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a supervisão da professora do Departamento de Saúde Pública da referida Universidade, Dr<sup>a</sup> Elza Berger Salema Coelho.

Estou ciente de que o objetivo deste estudo é realizar um levantamento acerca do número de casos de violências em suas variadas formas na área de abrangência do Centro de Saúde Trindade, considerando o crescente número de casos de violência contra criança/adolescente no Brasil e no Mundo. Estou esclarecido quanto ao compromisso das pesquisadoras de que minha imagem e identidade serão mantidas em sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Tenho conhecimento de que não terei nenhum gasto decorrente em minha participação nesta pesquisa, como também qualquer risco aos participantes.

Autorizo as autoras a utilizarem os resultados desta pesquisa para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, bem como ter informações a qualquer momento por intermédio dos telefones abaixo fornecidos.

Florianópolis \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

Pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: Bárbara da Rosa: Telefone para contato: (48) 84412982


Caryne Droppa: Telefone para contato: (48) 96190629

Thays Berger: Telefone para contato: (48) 99131430

3721-4869 (Depto de Saúde Pública)

***Nota:** este termo assinado em duas vias, ficará uma de posse do pesquisador e outra do participante da pesquisa.*

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO

	
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b> <b>DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM</b> <b>CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</b>	
Nº _____ Data: _____	
Olá, meu nome é _____. Sou pesquisadora do UFSC e estou realizando uma pesquisa sobre a relação intrafamiliar entre cuidadores e crianças e preciso de sua colaboração. Sua participação é muito importante. Podemos conversar? Este questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações dadas pelo Sr (a) não serão divulgadas nem as respostas que o (a) Sr (a) dos der. Posso contar com a sua Colaboração? Primeiramente gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre dados de nosso interesse sobre cultura e sociedade.	
1. Sexo:    ( 0 ) Masculino ( 1 ) Feminino	Sexo
2. Qual a sua idade? _____ anos completos	Idade
3. Qual é o seu estado civil  ( 0 ) Solteiro (a) ( 1 ) Casado (a) ( 2 ) Separado (a)/Divorciado(a) ( 3 ) Viúvo (a) ( 4 ) Vivo com companheiro (a)	Estado civil
4. O (A) Sr(a) considera a sua cor da pele ou raça?  ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Amarelo (oriental) ( ) Vermelho (indígena) ( ) Prefiro não declarar	Cor
5. Até que série/ano o (a) Sr(a) completou na escola? (Marcar série ou ano de estudo completo) _____ anos (88) NSA (99) IGN	Anesc
6. Em que localidade da área de abrangência do CS- Trindade sua casa se encontra? _____	Local
7. Quantas pessoas contando com senhor (a) moram na sua casa? _____	N pessoas

8. Qual é o seu trabalho ou ocupação principal último ano?	
9. No mês passado, quanto recebem EM REAIS as pessoas que moram na sua casa? (Lembrar de incluir salários, pensões, ticket alimentação, bolsa família e etc) Renda 1 faz referência à renda do entrevistado. Renda T é a soma da renda do entrevistado adicionada da soma das outras pessoas? Renda 1- Entrevistado _____ Renda 2 _____ Renda 3 _____ Renda 4 _____	Renda
10.O (a) Sr. (a) realiza alguma atividade de lazer?  (0)Sim. (1) Não – pule para a questão 12.	Lazer
11. Qual a principal atividade de lazer que a Sr. (a) realiza?	Qual Lazer
12. Você já foi vítima de algum tipo de ato violento, tal como chute, soco, humilhação, espancamento, estupro ou outro?	Violência
13. Com que frequência o (a) Sr. (a) toma bebidas alcoólicas?  ( ) Nunca ( ) Mensalmente ou menos ( ) De 2 a 4 vezes por mês ( ) De 2 a 3 vezes por semana ( ) 4 ou mais vezes por semana	Bebe
<b>AGORA GOSTARÍAMOS DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS EM RELAÇÃO À(S) CRIANÇA(S) QUE VOCÊ CUIDA.</b>	
14. Qual seu grau de parentesco com a criança que você cuida? _____	Parentesco
15. Você reside na mesma residência que a criança que você cuida? (0) Sim (1 ) Não	
16. Quantas horas diárias você é responsável por supervisionar (nome da criança em questão)? _____ horas	Horas
15. Você cuida de mais de uma criança ao mesmo tempo?  ( ) Sim. ( ) Não – finalize esta parte da pesquisa e siga com a escala de conflito.	Numero de crianças
17. Qual o sexo da criança que você cuida?	Sexo
18. Qual a idade da criança que você cuida?	Idade
19. A criança que você cuida frequenta creche/escola?	Frequenta
20. Qual escola a criança está matriculada?	Nome da escola

MUITO OBRIGADA POR RESPONDER ATÉ AQUI, AGORA PARA FINALIZAR A PESQUISA AGORA A SR (A) RESPONDERA A ESCALA DE CONFLITOS.